

## Etik Açısından Doğru Hekim-Hasta İletişimi Nasıl Olmalıdır?

### How Should be a Doctor-Patient Communication in Ethical Aspect?

Elif GÜLTEKİN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Tıp Tarihi ve Etik AD,  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 16.05.2016  
Kabul Tarihi/Accepted: 25.08.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Elif GÜLTEKİN  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
Tıp Tarihi ve Etik AD, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
elifgultekin@yahoo.com

**ÖZET** Başarılı bir hekim-hasta iletişimi; hekim ile hastanın işbirliğini geliştirmekte, teşhis ve tedavi sürecinde başarıyı arttırmaktadır. Hekim-hasta iletişimindeki başarısızlıklar ise yanlış tedavilere, hastalarda memnuniyetsizliklere sebep olmasının yanında hekimlerde de tükenmişlik sendromu, karamsarlık ve duygusuzluk gibi durumlara yol açmaktadır. Hekimlerin hastalarıyla yaptıkları görüşmelerde aksayan yönlerin tespiti ve iletişimin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi için dikkat edilmesi gereken unsurlar 1960'lı yıllardan bu yana araştırılan bir konudur. Yapılan çalışmalar ile hekim-hasta iletişiminde izlenmesi gereken stratejilerin yanında kaçınılması gereken davranışlar da tespit edilmiştir. Genellikle iletişimi güçleştirici pek çok durumun söz konusu olduğu bir ortamda sürdürülen hekim-hasta görüşmelerinde başarılı bir sonuç almak için bu stratejiler son derece önemlidir. Bu çalışma ile uluslararası literatürde kabul görmüş hekim-hasta iletişimi uygulama şeması ve bileşenleri tanıtılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Doktor hasta ilişkileri; iletişim; etik

**ABSTRACT** A successful patient-doctor communication improves collaboration between patient and physician, and increases success in diagnosis and treatment. Failure of patient-doctor communication on the other hand results in wrong treatment, patient dissatisfaction as well as burnout syndrome and cynicism of doctors. Factors that should be considered during the interviews of doctors with patients to address shortcomings and maintain successful communication is a subject that is investigated since the 1960s. In addition to the strategies to be adopted, the conducted studies have also identified the actions that should be avoided in patient-doctor communication. These strategies are extremely important for obtaining successful outcomes from patient-doctor interviews carried out in a setting where numerous factors, that make communication more difficult, are usually at play. In this study, the patient-doctor communication application scheme and components that are accepted in the international literature are introduced.

**Key Words:** Physician-patient relations; communication; ethics

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2016;24(3):111-5

### HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ ÖNEMİ

Başarılı bir hekim-hasta iletişiminin hekim-hasta işbirliğini geliştirerek, teşhis ve tedavi sürecinde başarıyı arttırdığı, hasta memnuniyetini yükselttiği yapılan çalışmalardan bilinmektedir.<sup>1,2</sup>

Bu alandaki dikkat çekici ilk vurgu 1960'lı yıllarda Michael Balint tarafından yapılmıştır.<sup>3</sup> Balint, hem tıp hem de psikoanaliz eğitimi almış biri

doi: 10.5336/mdethic.2016-52044

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

olarak, hekim hasta ilişkisinde psikolojik faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini savunmuş, hastanın psikolojik ve sosyal şartlarının göz ardı edildiği bir görüşmenin, teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkileyeceğini iddia eden ilk kişi olmuştur.<sup>4</sup> Balint'in özellikle, doktorun hasta üzerinde ilaç etkisi olduğu şeklindeki görüşü<sup>4</sup>, tıpta hekim-hasta ilişkisine bakışta bir devrim yaratmıştır.

1989 yılında Kaplan ve arkadaşlarının Amerika'da 200 hasta üzerinde yaptıkları çalışmaya göre; hastasıyla daha iyi iletişim kuran, hastanın sorularını yeterince cevaplayan, onu daha iyi bilgilendiren, duygularını paylaştığını gösteren hekimler, ölçülebilen kriterlerin ortaya koyduğu verilere göre tedavilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha başarılı sonuçlar almışlardır. Böylece iletişim gücüyle biyolojik süreçlerde değişiklik meydana getirilebildiği ispatlanmıştır.<sup>5</sup> Sonuçları 2003 yılında yayınlanan bir başka çalışmaya göre ise, iyi bir doktor-hasta iletişimi, hastanın kendi kendini tedavi etme mekanizmasını tetikleyebilmektedir.<sup>2</sup>

Hekim-hasta iletişiminin başarıyla yürütülmemesi, hastaların hekime bağlanamamasına, hekimlerden memnuniyetsizlik duymasına ve yanlış tedavilere sebep olduğu gibi, doktorlarda da tükenmişlik sendromu, karamsarlık ve duygusuzluk gibi durumlara yol açmaktadır.<sup>6-8</sup>

Bilimsel çalışmaların ortaya koyduğu bu veriler, hekimin etik açıdan hastasına karşı yararlı olma ve zarar vermeme sorumluluğunun, hastasıyla olan iletişimiyle doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektedir.

1960'ların sonundan itibaren hekim-hasta iletişimde aksayan yönler incelenmeye başlanmış ve doğru bir hekim-hasta iletişimi nasıl olmalıdır sorusuna cevaplar aranmıştır.<sup>9</sup> Özellikle Barbara Korsch ve arkadaşlarının, Amerika'da gerçekleştirdikleri ve 250 adet gerçek hekim-hasta görüşmesini videoya kaydederek inceledikleri çalışmaları, iletişim kazalarından sürecin nasıl etkilendiğinin anlaşılmasına önemli katkılar sağlamıştır.<sup>10,11</sup> Tüm bu çalışmaların sonucunda, hekimlerin hasta görüşmelerinde kaçınması gereken davranışlar ta-

nımlanmış ve başarılı bir iletişim sürdürebilmeleri için faydalı öneriler getirilmiştir.<sup>9</sup> Bu öneriler doğrultusunda, hekimlerin hasta görüşmelerinde takip etmeleri gereken "uygulama şemaları" geliştirilmiştir.<sup>9,12</sup>

Hekim-hasta görüşmelerinde sistemli bir yol izlenmesi, iletişimin başarıyla gerçekleşmesi için çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı, uluslararası literatürde kabul görmüş hekim-hasta iletişimi uygulama şeması ve bileşenlerini tanıtmaktır.

## HEKİM-HASTA GÖRÜŞMELERİNDE UYGULAMA ŞEMASI

Pek çok hekim-hasta görüşmesi incelendikten sonra, bu görüşmelerin yaklaşık olarak beş evrede gerçekleştiği tespit edilmiştir. Her evre ve bu evrelerde hekimlerin özen göstermesi gereken tutum ve davranışlar aşağıdaki gibidir:<sup>12</sup>

### SELAMLAŞMA VE KONUŞMAYA GİRİŞ

Tüm insan ilişkilerinde olduğu gibi, hekim ve hasta arasındaki ilişkide de ilk izlenim çok önemlidir. Hekimin hastasına karşı ne kadar ilgili olduğu ilk karşılaşmada kendini göstermektedir.<sup>13</sup>

Hekim hastasını kabul ederken ayağa kalkmalı, hastasıyla tokalaşırken göz teması kurmalı, kendini tanıtmalıdır.<sup>13-15</sup> Tokalaşma, hekimin hastasıyla ilk teması ve ilk muayenesidir. Bu nedenle ihmal edilmemesi önemlidir. Hastasını bir bilgisayarın arkasından ya da hastanın ismini bir dosyadan bulmaya çalışırken karşılayan bir hekim, hastada yeteri kadar güven duygusu geliştiremez.<sup>14</sup> Hekimin hastasına ismiyle hitap etmesi de önemlidir. Ayrıca "siz" hitap şekli benimsenmelidir, "bey", "hanım" nezaket kelimeleri kullanılmalıdır.<sup>14</sup> Ülkemizde yaygın olarak "teyze", "amca" hitapları kullanılmakla beraber, bu durum görüşmede korunması gereken profesyonel mesafeden uzaklaşmasına sebep olabilmektedir.

Ardından hekim hastaya oturması için yer göstermelidir.<sup>13-15</sup> Yapılan araştırmalar, hastanın doktor masasının karşısına oturduğu durumlarda, kendisiyle doktor arasında bir engel varmış gibi hissettiğini ortaya koymuştur.<sup>16</sup> Bu nedenle, eğer mümkünse, hastanın doktor masasının yan tara-

finda oturması önerilmektedir. Bu, göze sabitlenme riskinin ortadan kalkmasına da yardımcı olmaktadır.<sup>13</sup> Konuşmanın hekim ve hasta oturuyor iken gerçekleşmesi önemli bir diğer noktadır. Burada amaç, birinin diğerine yukarıdan bakıyor olduğu izlenimini uyandırmamaktır ve her iki bireyin aynı göz seviyesinde konuşmasının sağlanmasıdır.<sup>13,14</sup> Hatta hekim yatakta bir hastayla konuşuyorsa yanına bir sandalye çekerek oturmalıdır.<sup>14</sup>

Görüşmenin ilk aşamasında sağlanması gereken şartlardan bir diğeri, ortamın sağlıklı bir görüşme sürdürülebilecek özellikte olmasıdır. Görüşmenin, içeri girecek sağlık çalışanları ya da sırada bekleyen diğer hastalar tarafından kesilmeyeceğinden emin olunmalıdır.<sup>14,15</sup> Muayeneye stajyer öğrenci eşlik edecekse hastaya durum açıklanmalı, rahatsız olup olmayacağı sorulmalıdır. Ülkemizde çok sık rastlanan durumlardan biri, bir hastayla ilgilenilirken, kapıda sırada bekleyenlerden birinin de içeride beklemeye alınmasıdır. Bu durum, anamnez sırasında belki de doktoruyla çok özel bilgilerini paylaşan hastanın mahremiyetine büyük bir saygısızlıktır. Oysa bir sonraki hastanın kapının önünde veya muayene odasında beklemesi arasında, kendisine sıranın gelmesi için gereken süre açısından bir fark bulunmamaktadır.

Yapılan araştırmalar, hastalarıyla görüşürken hekimin önlük giymesinin, hastalarda güven duygusunu geliştirdiğini de ortaya koymuştur.<sup>14</sup>

### HASTANIN ŞİKAYETLERİNİN DİNLENMESİ

Hekim, konuşmaya giriş aşamasından sonra hastasının kendisini ziyaret sebebini öğrenmelidir. Hastasının şikayetlerini ve kendisinden beklentilerini öğrenebilmek için evet-hayır cevaplı sorulardan kaçınmalıdır.<sup>13-15</sup>

Hastası ziyaret sebebini anlatırken onun sözünü kesmemeli, aktif bir dinleyiş sergilemelidir. Aktif dinleyiş; göz temasını kesmeden, bazen kafa sallayarak ya da “öyle mi”, “hımm” gibi dinlediğini gösteren tepkiler vermek ile mümkündür.<sup>13,15</sup>

Hekim vücut diline dikkat etmelidir. Hekimin hastasına onunla ilgilendiği mesajını, ancak kullandığı vücut diliyle göstermesi mümkündür. Kalemle oynama, bacaklarını sallama gibi davranışlar,

hastaya hekimin sıkıldığı izlenimini vererek konuşma isteğini yok edeceğinden kaçınılması gereken davranışlardır.<sup>13-15</sup>

Hasta konuşurken sözü kesilmemelidir.<sup>15</sup> Bazen doktorlar hastanın anlatacaklarını sonuna kadar dinleme sabrı gösterirlerse, konuşmanın hiç bitmeyeceğinden endişe ederler ve hastanın anlattıklarını sorularıyla bölebilirler. Oysa yapılan araştırmalar göstermiştir ki genellikle hastalar konuşmaya başladıktan ortalama 90 saniye kadar sonra tüm anlatacaklarını bitirmektedirler.<sup>16</sup> Ayrıca hasta anlatacaklarını sürdürürken konuşmasında kısa süreli duraklamalar yaşadığında hekim bunları tolare etmelidir.<sup>13,14</sup>

En önemli bileşenlerden biri de hekimin hastasının duygularını kabullenmesidir. Hastanın anlattıkları içerisinde yansıttığı duygular hekim tarafından isimlendirilmelidir. Örneğin “belli ki bu sizi üzmüş” gibi. Hekim hastasına karşı empati gösteremediğini hissettirmelidir. Hastaya “bununla iyi başa çıkmışsınız”, “bunu çok doğru yapmışsınız” gibi cümleler buna yardımcı olacaktır.<sup>15</sup>

Hastanın sözlü olarak anlattıklarının yanında, vücut diliyle ifade ettiklerinin de önemli olduğu unutulmamalıdır. Hastanın bir anda hüzünlenmesi, anlatırken dalıp gitmesi, ellerini sıkması, düğmesiyle oynaması gibi davranışları okunması gereken gizli mesajlar içermektedir.<sup>13,15</sup>

Hastanın anlattıklarının bitiminde hekimin konuşulanları özetlemesi önemlidir. Hekim, “doğru anladım değil mi ...?” ya da “bunları anlattınız, eklemek istediğiniz başka bir şey var mı?” gibi sorularla her şeyin anlatıldığından ve anlaşıldığından emin olması gereklidir.<sup>13-15</sup>

### ANAMNEZİN TAMAMLANMASI VE FİZİK MUAYENE

Hastanın tüm anlatacaklarının bittiğinden emin olunduktan sonra, problemin tam olarak anlaşılması için hekim tarafından tamamlayıcı sorular sorulmalıdır. Örneğin ağrı şikayeti olan bir hastaya, ağrının karakteri, bağlantılı olduğu durumlar, geçirilmiş önceki hastalıklar, kullanılan ilaçlar, hastanın sosyal durumu vs. gibi soruların yöneltilmesi mümkündür.<sup>15</sup> Anamnez sırasında hiçbir nokta atlanmamalıdır. Eksik alınan bilgilerin hastanın ha-

yatına mal olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle, özellikle bekleme salonundaki hasta sayısının çokluğu hekim üzerinde baskı oluşturarak, hastasına gerekli özeni göstermesinden onu alıkoymamalıdır. Hekim, ilgilenmesi gereken hastanın şu anda karşısında oturan hasta olduğu bilincinde olarak hareket etmeli, sıradaki hastalara değil içerideki hastaya odaklanmalıdır.

Hekim gerekli olan fizik muayeneyi de yaptıktan sonra bir ön tanıya varır. Fizik muayene sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan biri, emredici ifadelerden kaçınmaktır. Ülkemizde ne yazık ki en çok karşılaşılan hatalardan biri, hekimlerin hastalarına “şuraya yat”, “üstünü çıkar”, “bana bak” gibi son derece nezaketsiz ve çoğu zaman hastaları strese sokan hitap şekilleridir. Oysa fizik muayene, hastanın hekime güven duygusu geliştirebilmesi için önemli bir etkidir ve fırsattır.<sup>13</sup>

### TEDAVİNİN PLANLANMASI

Bundan sonraki aşamada hasta, sürecin nasıl sürdürüleceği, başka tetkikler gerekip gerekmediği, kesin tanıya giden yolda izlenebilecek alternatif yollar, kesin tanıdan sonra tedavi imkanları, tedavi alternatiflerinin başarı ihtimalleri, uygulama zorlukları, hayat kalitesine olan etkileri ve benzeri konular hakkında hekim tarafından detaylıca bilgilendirilmelidir.<sup>13,15</sup> Hastanın kafasında hiçbir belirsizlik kalmadığından emin olunmalıdır. İleri tetkik veya tedavi hususunda son karar hastaya bırakılmalıdır. Eğer hastayla, örneğin tedavisiz bir hastalığı olduğu gibi, kötü bir haber paylaşılacaksa duygularının paylaşıldığı hissettirilmelidir.<sup>13-15</sup> Hekimin elini hastasının omuzuna koyması, duygusallık yaşıyorsa hastasına anlayış göstermesi buna yardımcı olacaktır. Hasta hekimin kendisi için en iyi olanı istediğine ve elinden gelen her şeyi yaptığına inanmalı ve güvenmelidir. Bir hekim meslek hayatı boyunca yüzlerce kötü haberi hastasıyla paylaşıyor olabilir, ancak her hastanın kötü haber tecrübesi kendisi için bir ilktir. Hekim bu duruma hassasiyet göstermelidir.<sup>12</sup>

### GÖRÜŞMENİN SONLANDIRILMASI VE VEDALAŞMA

Görüşme bitirilmeden önce, hekim hastasına başka sorusu, anlamadığı herhangi bir şey ya da kendisi

için yapabileceği başka bir şey olup olmadığını sormalıdır. Sürecin nasıl devam ettirileceği konusunda verilen ortak karar özetlenmeli, gerekliyse bir sonraki randevu için tarih belirlenmelidir.<sup>15</sup> Tıpkı hastanın karşılanması sırasında olduğu gibi, vedalaşma sırasında da hekim ayağa kalkmalı ve hastasıyla tokalaşmalıdır. Tedavinin sürekliliği için, hekim-hasta iletişiminin devamlılığı çok önemlidir. Hekim hastası yanından ayrılırken, tedavi sürecindeki işbirliklerinin devam edeceğinden emin olmalı, bunun gerçekleşebilmesi için gerekli özeni göstermelidir.<sup>15</sup> Görüşme atmosferinin olumsuz etkilenmemesi için elde edilen verilerin kaydedilmesi görüşmenin sonuna bırakılmalıdır. Verilerin kaydedilmesinin, asla ihmal edilmemesi gereken bir husus olduğu unutulmamalıdır.<sup>13</sup>

## SONUÇ VE TARTIŞMA

Hekim hasta görüşmeleri, genellikle iletişimi güçleştirici pek çok durumun söz konusu olduğu bir ortamda sürdürülmektedir. Her iki tarafın beklentileri, önyargıları ve savunma mekanizmaları ortama taşınır. Taraflardan birinin zamanı kısıtlıdır, diğeri ise kendini anlaşılmamış hissedebilmektedir. Hastalığın durumuna göre ortamda duygusallıklar yaşanabilmekte, korkular ve kaygılar devreye girebilmektedir.

Böyle bir ortamda gerçekleştirilen hekim-hasta görüşmelerinde iletişimin başarı ile sürdürülebilmesi bazı stratejik yaklaşımlar ile mümkündür. Ele almaya çalıştığımız iletişim basamaklarının bu konuda hekimlere rehberlik edebilmesi mümkündür.

Kısaca özetlemek gerekirse, ilk karşılaşma anından itibaren hekimin hastasına güven verici bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir. Bu nedenle, hastanın sıcak bir şekilde selamlanması, anlattıklarının aktif bir şekilde dinlenmesi, konuşurken sözünün kesilmemesi, göz teması kurulması gibi genel iletişim kurallarına dikkat edilmelidir. Tüm bunların yanında hastanın mahremiyetini zedeleyici ya da kendini rahatlıkla ifade etmesine imkan vermeyecek ortam şartları hasta için uygun hale getirilmelidir. Tüm süreç boyunca hastanın kendisi adına karar verme hakkına saygı

gösterilmelidir. Hekimin hastasının duygularını paylaşması, empati göstermesi, hassasiyetlerine karşı duyarlı olması güven duygusunun gelişmesi için son derece önemlidir. Hastanın hekimine güven ve bağlanma duygusu geliştiremediği durumlarda, tedaviden kaçınma, başka hekimler arayışına girerek zaman kayıplarına uğraması gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu durumun, hekimin hastasına zarar vermeme ve yararlı olma etik

sorumluluklarının ihlali demek olduğu unutulmalıdır.

Hekimlerin hastalarıyla sürdürdükleri görüşmelerde, bir gün kendilerinin de hasta olabileceği düşüncesiyle hareket etmeleri, hastalarıyla iletişimlerinde gerekli hassasiyeti göstermelerine yardımcı olacaktır. Her hekimin, hastasına gösterdiği değer kadar değer, gösterdiği saygı kadar saygı göreceği bilinciyle davranması önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Stewart MA, Mcwhinney IR, Buck CW. The Doctor/Patient Relationship And Its Effect Upon Outcome. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979;29(199):77-82.
2. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context Effects: Powerful Therapies or Methodological Bias. In: *Evaluation The Health Professions* 2003;26(2): 166-79.
3. Kaba R, Sooriakumaran P. The Evolution of the Doctor-Patient Relationship. *International Journal of Surgery* 2007;(5):57-65.
4. Balint M. The Doctor, His Patient And The Illness. *The Lancet* 1955;265(6866):683-8.
5. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. *Medical Care* 1989;27(3):110-27.
6. Lown B. *Die Verlorene Kunst des Heilens*. Stuttgart: Schattauer; 2002. p.103.
7. Brennecke R, Brendler Cl, Gerhardus T. Arbeit in der Endlosschleife. Ergebnisse einer Befragung junger Aerztinnen und Aerzte in Berlin. *Berliner Aerzte* 2002;5(1):18.
8. Maquire P, Pitceathly C. Key Communication Skills and How To Acquire Them. *British Medical Journal* 2002;325(7366):697-700.
9. Demmel HJ, Eligehausen S. Ansatzpunkte für eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Hoefert HW, editor. Heidelberg: Economica Verlag; 2008. p.43.
10. Fremon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. *Pediatric Research* 1971;5(7):298-311.
11. Korsch B, Fremon B, Negrete VF. Practical Implications of Doctor-Patient Interaction Analysis for Pediatric Practice. *American Journal of Diseases of Children* 1971;121(2):110-4.
12. Spranz-Fogasy T. Zur Analyse der Handlungsstruktur aerztlicher Gespräche mit Patienten. *The Official Journal of Korean Academy on Communication in Healthcare* 2008; 3(1):48-59.
13. Fritzsche K, Burbaum Ch. Die Biopsychosoziale Anamnese. In: *Psychosomatische Grundversorgung*. Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M, ed. Berlin: Springer; 2. Baskı, 2003. p.56-62.
14. Lahmann C, Dinkel A. Arzt-Patient Kommunikation: Aerztliche Gesprächsführung-Eine Hohe Kunst. *Info Onkologie* 2015;18(4): 31-6.
15. Köhle K. Aerztliche Geaspraechsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen. Köln: Institute und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitaet Köln. 2002. p.238-43.
16. Langewitz W, Deniz M, Keller A, Kiss A, Rütimann S, Wössmer B. Spontaneous Talking Time at Start of Consultation in Outpatient Clinic: Cohort Study. *British Medical Journal* 2002;325(7366):682-3.